

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 14

LA VOIE INGUINALE
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL SIMULTANÉ
DE
L'APPENDICITE CHRONIQUE
ET DE LA
HERNIE INGUINALE OU CRURALE DROITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Novembre 1932

PAR

Léon-Marc LAFOSSE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à CÉRON (Gironde), le 10 mai 1907.

Examineurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	Président.
ROCHER, professeur.....	Juges.
PAPIN, agrégé.....	
JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESSEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932



UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1932-1933. — N° 14

LA VOIE INGUINALE

DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL SIMULTANÉ

DE

L'APPENDICITE CHRONIQUE

ET DE LA

HERNIE INGUINALE OU CRURALE DROITE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Vendredi 25 Novembre 1932

PAR

Léon-Marc LAFOSSE

EXTERNE DES HÔPITAUX

Né à CÉRON (Gironde), le 10 mai 1907.

Examinateurs de la Thèse

MM. CHAVANNAZ, professeur.....	<i>Président.</i>
ROCHER, professeur.....	} <i>Juges.</i>
PAPIN, agrégé.....	
JEANNENEY, agrégé.....	

BORDEAUX

IMPRIMERIE-LIBRAIRIE DE L'UNIVERSITÉ

Y. CADORET, DELMAS, SUCCESEUR

3-6, Place Saint-Christoly

1932

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS. Doyen.



PROFESSEURS HONORAIRES :

M. POUSSON, MOURE, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, DENIGÈS, AUCHÉ, SELLIER.

PROFESSEURS

	MM.		MM.
Clinique médicale.	MAURIAC.	Zoologie et parasitologie	MANDOUL.
id.	CASSAET.	Médecine expérimentale	DUPÉRIÉ.
Clinique chirurgicale.	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique	TEULIÈRES.
id.	BÉGOUIN.	Clinique chirur. infantile et orthopédie.	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.	GARLES.	Clinique gynécologique.	GUYOT.
Clinique d'accouchements.	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.	DELAUNAY.
Anatomie.	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.	G. DUBREUILH.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.	BONNIN.
Physiologie.	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques	PETGES.
Hygiène.	LEURET.	Clinique des maladies des voies urinaires.	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.	PORTMANN.
Chimie.	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.	LABAT.
Botanique et matière médicale.	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.	GREYX.
Pharmacie.	DUPOUY.	Clinique dentaire	CAVALIÉ.

MM MICHELEAU (Médecine générale). MURATET (Anatomie pathologique). GOLSE (Pharmacie).
LACOSTE (Histologie).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie	DUBECQ.	Chirurgie générale	PAPIN.
id.	DUFOUR.	id.	JEANNENEY.
Physiologie.	FABRE.	id.	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles	R. SIGALAS.	id.	LOUBAT.
Médecine générale.	N.	Obstétrique.	PERY.
id.	AUBERTIN.	id.	RIVIÈRE.
id.	DAMADE.	Ophtalmologie.	BEAUVIEUX.
id.	PIÉCHAUD.	Dermatologie et syphiligraphie.	JOULIA.
id.	DELMAS-MARSALET.	Chimie générale pharmaceut. et toxicologie.	VITTE.
Maladies mentales.	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Médecine opératoire.	PAPIN.	Puériculture	FAUGÈRE.
Physiologie.	FABRE.	Démonstrations et préparations pharmac.	GOLSE.
Accouchements.	PERY.	Zoologie et parasitologie	R. SIGALAS.
Ophtalmologie.			
Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes.			
Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle			
id.			
Clinique dentaire			

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MON PERE

A MA MERE

A MON GRAND-PERE

A MA SOEUR

A MA FEMME

A TOUS MES PARENTS



A MES AMIS

A MES MAITRES DE LA FACULTE

A MES MAITRES D'EXTERNAT DES HOPITAUX :

MONSIEUR LE PROFESSEUR CHAVANNAZ,

MONSIEUR LE PROFESSEUR SABRAZES,

MONSIEUR LE PROFESSEUR AGRÉGÉ PERY,

MONSIEUR LE PROFESSEUR DUPERIE,

MONSIEUR LE PROFESSEUR MAURIAC.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR H.-L. ROCHER

*Professeur de Clinique chirurgicale infantile et orthopédie,
Membre des Sociétés internationales de chirurgie et d'orthopédie,
Membre correspondant de la Société nationale de chirurgie,
Membre des Sociétés italienne et belge d'orthopédie,
Membre des Sociétés de pédiatrie de Paris et de Madrid,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON MAITRE ET PRESIDENT DE THESE

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. CHAVANNAZ

*Professeur de clinique chirurgicale à la Faculté de médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de médecine
et de la Société de chirurgie de Paris,
Officier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Médaille interalliée et de la Médaille de la Victoire,
Officier de l'Instruction publique.*

Avec tout ce qu'un modeste élève peut
avoir de meilleur pour son Maître et
Celui qui s'est associé avec la même
bonté à ses heures de douleur et à ses
heures de joie.

LA VOIE INGUINALE
DANS LE TRAITEMENT CHIRURGICAL SIMULTANÉ
DE
L'APPENDICITE CHRONIQUE
ET DE
LA HERNIE INGUINALE OU CRURALE DROITE

INTRODUCTION

« Chaque fois qu'une opération est pratiquée sur les viscères abdominaux, disait Gosset en 1910, que cette opération est elle-même bénigne et que l'incision permet un accès plus ou moins facile sur la région iléo-cæcale, il faut s'efforcer de pratiquer l'ablation de l'appendicé. »

Ce principe, déjà énoncé par Torek en 1906, a trouvé par la suite de nombreux adeptes. A l'heure actuelle, il existe toute une école chirurgicale qui pratique systématiquement l'appendicectomie au cours des interventions abdominales. La plupart de ces chirurgiens ne se limitent pas, comme le voulait Gosset, aux seuls cas où l'opération primitive « est elle-même bénigne ».

Quel que soit le mobile de l'intervention, dès l'effraction de la barrière péritonéale, il n'y a plus de raisons, disent-ils, pour laisser en place un organe plus dangereux qu'utile. Ils ajoutent pour justifier leur acte que cette intervention complémentaire n'altère en rien le pronostic opératoire. C'est

ainsi qu'il est courant de voir pratiquer l'appendicectomie à l'occasion des laparotomies pour affections utéro-annexielles, des interventions sur le carrefour hépatique, le rein, des orchidopexies, des cures chirurgicales de hernies inguinales droites ou de hernies crurales droites par voie inguinale. Cette appendicectomie systématique pour le gynécologue n'est pas admise par tous. Jean-Louis Faure et Siredey l'ont défendue, en 1923, au III^e Congrès de l'Association des gynécologues et obstétriciens de langue française. Beuttner, au contraire, disait à ce congrès que l'ablation de l'appendice au cours de laparotomies a des indications variables selon les sujets, mais qu'il faut toujours s'inspirer d'un sain conservatisme. M. le Professeur Chavannaz estime depuis longtemps que l'on n'ampute pas impunément un appendice sain, et que, tout comme l'amygdale, l'appendice a son utilité et ne doit pas être enlevé s'il est sain.

Nous bornerons notre étude à la pratique de l'appendicectomie par voie inguinale. Nous examinerons successivement les éventualités dans lesquelles se posent les indications de l'appendicectomie par cette voie et, ensuite, nous énumérerons les diverses techniques opératoires.

Tel sera donc le plan de notre sujet :

CHAPITRE I : *Éventualités dans lesquelles se posent les indications de l'appendicectomie par voie inguinale droite.*

Généralités.

1^o Appendicectomie prophylactique.

2^o Appendicectomie curative.

CHAPITRE II. — *Techniques opératoires :*

1^o Appendicectomie à travers le sac.

2^o Appendicectomie par voie inguinale avec une incision pour la cure herniaire et une seconde incision pour l'appendicectomie :

a) Technique de Gosset.

b) Technique de Carlos I. Allende.

3° Appendicectomie par la seule incision sacculaire agrandie.

4° Technique de Desmaret dans la cure chirurgicale de la hernie crurale droite par voie inguinale.

CHAPITRE III. — *Observations.*

CONCLUSIONS.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE.

CHAPITRE PREMIER

EVENTUALITES DANS LESQUELLES SE POSENT LES INDICATIONS DE L'APPENDICECTOMIE PAR VOIE INGUINALE DROITE

Généralités.

Dans quels cas le chirurgien procédant à la cure de la hernie inguinale doit-il parfaire son opération par une appendicectomie complémentaire ?

Certains chirurgiens, avec Gosset, Jean-Louis Faure, Siredey, en France; Carlos I. Allende, K. P. A. Taylor, à l'étranger, pratiquent toujours l'appendicectomie. Quel que soit le passé clinique du sujet, ils vont systématiquement à la recherche de l'appendice. Quel que soit l'état macroscopique de celui-ci, ils l'enlèvent. Ils complètent toute cure chirurgicale de hernie inguinale par une appendicectomie prophylactique.

C'est là une conduite par trop interventionniste. Wertheim, avec toute sa grande expérience, disait qu'il y a témérité à vouloir corriger la nature. « Là où il n'y a pas de maladie, dit-il, le médecin n'a rien à faire, et là où il n'y a pas d'indication, il faut éviter l'intervention. » Aucun organe n'existe sans fonction physiologique plus ou moins connue. Pourquoi l'appendice en serait-il dépourvu ? Il n'est pas un organe rudimentaire, mais une formation lymphoïde, dont la structure complexe témoigne la fonction, non élucidée encore, peut-être minime, mais certaine. D'autre part, l'extirpation simultanée de l'appendice demeure dans tous

les cas une complication de l'opération primitive. On ne peut garantir avec certitude que la guérison normale de l'opération principale ne se trouvera pas influencée défavorablement par cette opération accessoire.

Notre Maître est dans ces cas conservateur. Lors de la cure chirurgicale de hernie inguinale droite, les indications sont précises : si dans les antécédents du sujet on relève une ou plusieurs crises appendiculaires nettes, l'appendicectomie s'impose. Si, au contraire, le sujet n'a jamais présenté de syndrome appendiculaire, aucune indication ne peut être posée avant l'intervention.

Le plus souvent, la cure herniaire se poursuivra sans incident, d'une façon classique. Dans quelques rares cas, l'ouverture du sac herniaire découvrira un appendice en position inguinale. Si cet appendice est normal par sa forme, sa coloration, sa taille, sa consistance, etc., que l'œil averti du chirurgien n'y décèle aucune trace suspecte, on le refoulera dans la cavité abdominale pour procéder à la cure de la hernie selon la technique habituelle. Si, au contraire, l'appendice présente des lésions macroscopiquement appréciables, son ablation est indiquée.

En somme, avant l'opération, l'appendicectomie ne peut être indiquée que par un passé appendiculaire, elle peut s'imposer au cours de l'intervention par la découverte d'un appendice en position inguinale, qui, à cet examen un peu providentiel, se montre malade.

I. — Appendicectomie prophylactique.

« Le rôle du médecin au temps présent n'est-il pas d'être empêcheur de maladies plutôt que guérisseur de malades », a dit Landouzy. Cet argument est repris par tous ceux qui pratiquent l'appendicectomie prophylactique. Beaucoup de dysménorrhées, dit Siredey, sont sous l'influence d'une appendicite qui ne s'est jamais révélée. Les troubles mens-

truels disparaîtront lors de l'appendicectomie. Jean-Louis Faure prétend que le tissu lymphoïde de l'appendice, comme celui de l'amygdale, peut être infecté sans lésions visibles, d'où les raisons de l'appendicectomie systématique. Enfin, disent-ils, un appendice sain est toujours à la veille de s'infecter. Le respecter, c'est laisser au sujet des chances d'appendicite. Or, dit Gosset, la destruction de cette source possible d'infection grave est une « intervention bénigne ». Elle n'assombrit nullement le pronostic opératoire d'une cure de hernie inguinale. Cette opinion, évidemment très discutable, se retrouve dans les statistiques de K. P. A. Taylor. Il présente 100 cas opérés de hernie et appendicectomisés à cette occasion. Il conclut en ces termes : « L'appendicectomie complémentaire n'augmente pas les risques opératoires, elle ne compromet pas le pronostic de la cure radicale de la hernie inguinale droite, elle est donc désirable. »

Nous retrouvons les mêmes conclusions, en 1930, dans un article de l'Argentin Carlos I. Allende : « Nous pratiquons quasi systématiquement, dit-il, l'appendicectomie dans la cure radicale de la hernie inguinale droite, sans que jusqu'à présent nous puissions nous reprocher cette conduite dans aucun des nombreux cas observés. Jamais nous n'avons eu, comme on pourrait le croire, de suppuration de la paroi abdominale, suppuration qui compliquerait le pronostic de la cure radicale et qui pourrait être imputable au temps septique de la section de l'appendice. »

Voici donc résumés les arguments invoqués par les partisans de l'appendicectomie prophylactique, pour justifier leur acte opératoire.

II. — Appendicectomie curative.

D'autres auteurs, parmi lesquels se range notre maître M. le Professeur Chavannaz, pensent que l'appendicectomie par voie inguinale droite, non légitimée par des antécédents

appendiculaires ou par l'examen macroscopique providentiel de l'appendice *in situ*, ne s'impose pas. A l'appui de cette thèse, nous apportons l'observation de J. B. Deaver, qui attribue à une appendicectomie complémentaire une occlusion intestinale observée dans les suites opératoires d'un de ses malades. Nous retrouvons la même complication dans une observation de Vulliet. Ce sont évidemment des éventualités rares dans la suppression d'un appendice par définition sain, mais elles n'en existent pas moins. Quelles que soient les précautions prises quant à l'asepsie, l'antiseptie, la technique opératoire, l'amputation d'un appendice même indemne de toute lésion inflammatoire extériorise un foyer septique. Le moignon appendiculaire est toujours chargé d'une flore microbienne variée et plus ou moins virulente. C'est la flore du cæcum, où pullulent les colibacilles et, d'une façon générale, tous les germes intestinaux.

La section de l'appendice libère dans le champ opératoire une surface septique. Le thermocautère a pour but de stériliser cette surface. Mais son œuvre est purement locale. Il laissera dans la profondeur des micro-organismes que rien n'isolera, si ce n'est le tissu escarrifié. L'enfouissement du moignon appose théoriquement un écran imperméable sur ce foyer septique. Cet écran existe. Mais joue-t-il toujours le rôle dont on le charge ? Il n'est pas adapté à la fonction protectrice d'une paroi digestive. Il n'est pas forcément imperméable. Enfin, il est lui-même susceptible d'être détruit par un processus infectieux. Le colibacille se trouve souvent dans le liquide péritonéal, disent beaucoup d'auteurs. Il ne cause là aucun dégât. Après une intervention, il n'en est plus de même. D'abord, les germes déversés dans la cavité péritonéale sont des germes spéciaux, qui peuvent voir leur virulence s'exalter du fait de leur brusque changement de milieu. Quant à l'organisme, il est amoindri dans sa défense par suite du choc opératoire.

Certains optimistes nous diront qu'une légère inflammation péritonéale péri-appendiculaire est le plus souvent béli-

gne. Même dans les cas favorables, il faut toujours redouter la péritonite adhésive. Le malade qui a uniquement manifesté à son chirurgien le désir d'être débarrassé de sa hernie ne manquera jamais de se plaindre.

D'autre part, le choc opératoire est évidemment plus considérable s'il y a eu l'appendicectomie supplémentaire que dans la simple cure de hernie. Nous verrons plus loin l'importance que M. le Professeur Rocher attribue à ce choc en chirurgie infantile.

Quant au traitement postopératoire, il se trouve sérieusement contrarié. Le fait de laver le malade le lendemain d'une cure chirurgicale de hernie lui procure un soulagement incontestable. Il a l'impression que sa guérison s'amorce.

Si l'appendicectomie complémentaire a été effectuée, nous ne serons autorisé à nettoyer l'intestin de notre sujet qu'au bout de quelques jours. Nous éloignerons ainsi sa première amélioration. Les suites opératoires, mêmes normales, seront donc moins bonnes.

Pour ce qui est de la chirurgie infantile, nous donnons la parole à M. le Professeur Rocher, qui a eu l'amabilité de nous dicter les phrases suivantes :

« Chez le jeune enfant, j'ai eu l'occasion d'opérer souvent de grosses hernies, dans lesquelles étaient contenus le cæcum et l'appendice; j'ai même opéré des hernies du côté gauche dans lesquelles — du fait d'une disposition anormale des fascia d'accolement — le cæcum et l'appendice étaient contenus dans le sac.

» Ces grosses hernies sont toujours irréductibles. Le bandage n'a aucune action efficace.

» La persistance de la hernie est la cause de troubles gastro-intestinaux : il faut donc opérer.

» En matière de hernie chez le nourrisson et chez le jeune enfant, l'opération doit être brève et aussi peu traumatisante que possible; étant donnée l'absence habituelle d'adhérences intrasacculaires, nous n'ouvrons jamais le sac chez les jeunes

enfants : nous le disséquons, nous le lions et le réséquons après — bien entendu — avoir fait une réduction complète du contenu de ce sac. Il est facile, au travers de la paroi du sac, de distinguer la nature du contenu, et c'est ainsi que l'appendice apparaît ou est très nettement perceptible au doigt. On pourrait avoir la tentation d'ouvrir le sac et d'enlever l'appendice, même au cours d'une opération rapidement menée. Nous avons tenté de faire cette intervention il y a déjà bien longtemps et nous avons l'impression très nette que ce temps opératoire aggrave le pronostic postopératoire et est un facteur de *shock*. De telle sorte que, sous le prétexte de préserver d'une façon définitive le sujet de crise éventuelle d'appendicite, il conviendra d'être fixé sur le danger de cette appendicectomie d'un appendice sain et même de la possibilité d'une issue fatale, lorsque les enfants font des phénomènes de *shock* sur la nature desquels on est quelquefois peu fixé.

» Pour me résumer, chez l'enfant au-dessous de 5 ans, si je rencontre un appendice dans un sac herniaire, je réduis l'organe dans le ventre; s'il n'y a pas d'adhérences, je n'ouvre jamais le sac. De cette façon, l'opération chez le nourrisson et chez le jeune enfant, quel que soit le volume de cette hernie, ne présente pas de gravité, à condition — bien entendu — que l'anesthésie soit donnée correctement, et l'intervention de hernie chez le garçon ne dure pas, habituellement, plus de 7 minutes, même quand on est obligé de réparer la paroi inguinale défoncée du fait du volume de la hernie, ou aplasiée congénitalement. »

Nous sommes donc amené à conclure que l'appendicectomie complémentaire au cours d'une cure chirurgicale de hernie augmente les risques opératoires et altère dans une certaine mesure le pronostic postopératoire. Cette appendicectomie complémentaire comporte donc des indications variables. Nous pensons que l'opération systématique est à proscrire.

CHAPITRE II

TECHNIQUES OPERATOIRES

Généralités.

Notre étude va maintenant envisager les diverses techniques opératoires employées. L'ablation d'un appendice en position inguinale ne comporte aucune méthode spéciale. Nous nous placerons dans le cas où le sujet a présenté un syndrome appendiculaire. Le chirurgien, avant l'intervention, aura déjà posé l'indication d'appendicectomie complémentaire. A quelques détails près, les auteurs sont d'accord sur la technique de l'appendicectomie à travers le sac lorsqu'elle est possible par la simple incision de cure radicale. Mais lorsque l'extériorisation de l'appendice et de sa base d'implantation cœcale est impossible par l'orifice sacculaire, les techniques divergent.

Les uns, avec Gosset, Carlos I. Allende, font une seconde incision, qui ne diffère de celle de Mac Burney que par sa situation plus basse. Les autres, parmi lesquels se range notre Maître, se contentent de prolonger en dehors leur incision première jusqu'à l'obtention d'un jour suffisant.

I. — Appendicectomie à travers le sac de la hernie inguinale droite.

1° POSITION DU MALADE.

Le décubitus dorsal est la position initiale. Gosset conseille au cours de l'opération la position de Trendelenburg,

qui, dit-il, débarrasse des anses grêles et de l'épiploon, permettant ainsi une inspection facile du carrefour cæcal. Carlos I. Allende conseille de préférence la position inverse, qui favorise la descente vers le pelvis de l'appendice et du cæcum. Il y a ici une question d'espèce. On mettra le malade en Trendelenburg ou en position inverse selon les besoins, et la position adoptée dépendra en grande partie de la mobilité du cæcum.

2° ANESTHÉSIE.

En cette matière, tout a été essayé, et chaque auteur défend avec autorité sa technique personnelle.

K. P. A. Taylor, sur 100 opérations, a employé 93 anesthésies par stovaine intrarachidienne, 5 fois l'anesthésie générale à l'éther et 2 fois l'injection locale de novocaïne.

Carlos I. Allende emploie de préférence l'anesthésie locale, avec une technique originale que nous croyons intéressant de rappeler :

On pratique d'abord l'infiltration soigneuse de la paroi dans la région inguinale et du cordon spermatique. On complète par des massages dans tous les sens à travers une compresse. Ce moyen détermine la diffusion de l'injection qui devient plus efficace. L'extériorisation du cæcum et de l'appendice est alors la seule manœuvre désagréable pour le patient, qui ressent une sensation de tiraillement et d'angoisse. On l'atténue par la douceur des mouvements et, dès qu'elle est possible, par l'injection d'anesthésique dans le méso-appendice. Cette injection rendra également indolores la ligature et la section de l'appendice. Si, malgré tout, l'intervention est douloureuse, on complète par l'administration de chloroforme à la reine.

Nous pensons qu'en dehors de ses contre-indications classiques venant de l'état du sujet (cardiopathies, débilité physiologique, etc.) l'anesthésie générale à l'éther est à conseiller.

3° INTERVENTION.

Premier temps. — On incise la peau à partir de l'orifice inguinal externe, suivant la bissectrice de l'angle formé par l'arcade crurale d'une part et la verticale passant par l'épine pubienne d'autre part. L'incision doit avoir de 6 à 8 centimètres et s'étendre en profondeur jusqu'à l'aponévrose du grand oblique, que l'on dégage soigneusement du tissu celluloso-adipeux susjacent.

Deuxième temps. — On incise l'aponévrose du grand oblique le long du trajet inguinal. Après avoir traversé la fibreuse commune, on identifie le sac et le cordon.

On isole les deux éléments en libérant le cordon sur tout son trajet inguinal et en disséquant le sac herniaire jusqu'à son collet.

Troisième temps. — On incise le sac et on traite son contenu.

Quatrième temps. — On recherche le cæcum et l'appendice par la lumière que ménage un écarteur de Farabeuf introduit dans l'orifice sacculaire.

Ici deux éventualités peuvent se produire :

a) On voit le cæcum et l'appendice et on poursuit l'intervention.

b) On ne voit ni cæcum ni appendice. On se débarrasse alors des anses grêles et de l'épiploon prævia par l'une des manœuvres suivantes : en mettant le malade en position déclive, en soulevant l'épiploon à l'aide de l'écarteur qui récline le tendon conjoint, ou encore en refoulant les masses gênantes à l'aide d'une compresse montée sur une longue pince. On arrive ainsi à découvrir la région cæcale.

Cinquième temps. — On saisit l'appendice, s'il est visible, ou le cæcum avec une pince en cœur. Si le cæcum, facilement abaissable, porte un appendice non adhérent et non rétro-cæcal, alors il devient possible de pratiquer l'appendicectomie. Cette appendicectomie n'est autorisée que si les conditions permettent de bien régler l'acte opératoire quant à

la ligature du méso, la section de l'appendice, l'enfouissement du moignon et l'asepsie parfaite.

Dans tous les cas où ces conditions ne peuvent être réunies, on poursuit l'intervention suivant la méthode que nous allons discuter ultérieurement.

Sixième temps. — L'appendicectomie étant terminée, on procède à la cure chirurgicale de la hernie inguinale par l'une des méthodes classiques.

Lorsque l'appendicectomie n'est pas permise par la seule incision de cure chirurgicale de hernie inguinale, il faut recourir à une technique complémentaire. Il y a ici encore des opinions divergentes.

II. — Appendicectomie par voie inguinale avec une incision pour la cure herniaire et une seconde incision pour l'appendicectomie.

1° TECHNIQUE DE GOSSET, OU APPENDICECTOMIE PAR DISSOCIATION.

Gosset prolonge de 3 centimètres en haut son incision cutanée et aponévrotique. Il sectionne transversalement et le plus haut possible les fibres du petit oblique et du transverse suivant une ligne sensiblement parallèle à l'incision de Mac Burney. Il incise le péritoine et se trouve alors dans de bonnes conditions pour pratiquer son intervention. L'appendice enlevé, il ne reste plus qu'à refermer l'incision seconde, réséquer le sac herniaire et reconstituer la paroi inguinale par l'une des méthodes classiques. Gosset avoue que son procédé rend plus difficile la reconstitution de la paroi inguinale par la méthode de Bassini, parce que l'abaissement du tendon conjoint est ici moins aisé et moins durable.

2° TECHNIQUE DE CARLOS I. ALLENDE.

Dans son rapport au Congrès national de chirurgie de 1928, Carlos I. Allende présente une technique qu'il revendique comme personnelle. Il s'exprime en ces termes : « On exerce

des tractions sur la commissure supérieure de l'incision du grand oblique avec un écarteur de Farabeuf. On découvre en haut les fibres du petit oblique. On les dissocie à l'aide d'une pince de Kocher. On fait de même pour les fibres du transverse. On charge les deux lèvres sur deux écarteurs de Farabeuf. On tire sur les deux et on aperçoit le fascia transversalis et le tissu cellulaire prépéritonéal, que l'on dissocie également jusqu'à l'arrivée sur le péritoine. On introduit une paire de ciseaux courbes à pointe mousse dans le plan de clivage compris entre le péritoine et le fascia transversalis, en se dirigeant vers l'orifice externe du trajet inguinal, jusqu'à ce que la pointe apparaisse au niveau de la base du sac. On remplace la paire de ciseaux par un clamp qui saisit le sac par le collet. On attire le tout vers l'orifice supérieur. On introduit les séparateurs de Gosset dans la brèche péritonéale déjà pratiquée lors de la première tentative d'intervention à travers le sac. On a alors sur le cæcum et l'appendice un accès qui permet une appendicectomie facile. Les deux extrémités du catgut qui a fermé l'orifice sacculaire sont utilisées pour pratiquer le premier point de suture de l'incision supérieure. Cette manœuvre détruit à jamais l'infundibulum péritonéal et met à l'abri des récidives. »

III. — Appendicectomie par prolongation vers le haut de l'incision première.

Certains auteurs ont parlé de hernio-laparotomie, prévoyant une incision de grandes dimensions. En réalité, on n'agrandit la brèche que selon les besoins, quelquefois très peu.

On prolonge en dehors les incisions cutanées et tendineuses. On place un écarteur dans l'angle externe de la plaie. On récline fortement en haut les muscles petit oblique et transverse de façon à découvrir le fascia transversalis et le péritoine sur la plus grande étendue possible. Suivant la

variété de hernie à laquelle on a affaire, on se comporte différemment vis-à-vis des vaisseaux épigastriques. En présence d'une hernie oblique externe, on place un autre écarteur dans l'anneau inguinal profond, en dedans du pédicule du sac, et l'on récline en dedans le cordon, pli falciforme et vaisseaux. On prolonge ensuite en dehors l'ouverture du sac selon les besoins.

En présence d'une hernie directe ou oblique interne, on peut soit refouler les vaisseaux en dehors et couper le péritoine entre eux et le bord externe du grand droit, soit sectionner les vaisseaux entre deux ligatures et ouvrir le péritoine en dehors. C'est là l'exposé d'une théorie qu'on est loin d'observer en pratique. On se contente d'allonger l'incision cutanée et musculo-aponévrotique. L'ouverture péritonéale, grâce à son élasticité, s'agrandira à volonté par traction sur les écarteurs. Quant aux vaisseaux épigastriques, ils seront réclinés en même temps que le péritoine par cette manœuvre. Si, cependant, ces vaisseaux devenaient gênants, il suffirait de les sectionner entre deux ligatures.

On a maintenant libre accès sur la cavité péritonéale. On va à la recherche du cæcum et de l'appendice, qu'on n'a plus qu'à attirer dans la plaie pour effectuer l'appendicectomie classique. L'appendicectomie faite et le cæcum abandonné dans l'abdomen, il n'y a plus qu'à refermer l'incision. Le sac herniaire est réséqué, puis un surget au catgut est placé sur l'incision du péritoine. On procède à la réfection de la paroi abdominale. La réfection de la paroi profonde du canal inguinal doit être particulièrement soignée, étant donné que l'incision est plus longue qu'à l'ordinaire, afin d'éviter une éventration ultérieure. Le mieux est de constituer deux plans aponévrotiques sur le cordon. Un premier plan avec petit oblique et transverse, un deuxième plan avec aponévrose du grand oblique. Au point de vue opératoire, on aura quelquefois des difficultés à atteindre l'appendice. Il peut être haut situé ou difficile à découvrir sous un magma d'adhérences. En général, avec des écarteurs bien appliqués et un peu de

patience, on en vient à bout. Au point de vue des résultats éloignés, on peut dire que l'opération est satisfaisante. Si la suture est soignée, on est à l'abri des récidives. On a remarqué depuis longtemps que le point d'élection des récidives n'est pas l'anneau inguinal externe dans la simple cure radicale, mais le point où le chirurgien a cessé de fendre la paroi (Polasson). Ce point est ici, théoriquement, renforcé par la réfection pariétale.

Les difficultés opératoires sont évidemment aplanies par l'adjonction d'une incision secondaire. Mais est-ce là un acte qui peut être effectué impunément ? Le choc opératoire est augmenté à cause du traumatisme péritonéal plus important. Quant à l'incision musculaire, elle est loin d'être inoffensive. Après appendicectomie par Mac Burney, beaucoup d'auteurs ont remarqué la fréquence de l'apparition ultérieure de hernie inguinale chez des sujets primitivement indemnes de cette affection. A.-H. Southam, en particulier, attribue ce fait à la section d'un abdomino-génital dont une branche terminale innerve la région crémastérienne. Il est donc à craindre que notre incision secondaire soit un facteur favorisant la récurrence herniaire.

Enfin, il ne faut pas oublier que notre sujet possède une paroi abdominale insuffisante. Une seconde incision qui va léser des muscles, des vaisseaux et des nerfs ne fera qu'accroître cette déficience. Elle lui donnera deux chances d'événement au lieu d'une. Elle est donc à proscrire.

IV. — Appendicectomie par voie inguinale au cours de la cure radicale de la hernie crurale.

Lorsqu'il y a coexistence de hernie crurale droite et d'appendicite chronique, l'appendicectomie et la cure radicale de la hernie peuvent s'effectuer par la même incision inguinale. La technique de l'opération a été fixée par Desmaret en 1912. On incise la peau et le tissu cellulaire sous-

cutané parallèlement à l'arcade crurale chez la femme et en se portant un peu en haut et en dehors chez l'homme. On incise le grand oblique et on récline le petit oblique et le transverse. On incise le fascia transversalis et le tissu cellulaire prépéritonéal. On ouvre le péritoine. L'appendicectomie est pratiquée comme plus haut. On ferme au catgut la large brèche péritonéale et on résèque le sac herniaire. On ferme l'anneau crural par 3 ou 4 points de catgut passés à travers la partie profonde de l'arcade crurale, le ligament de Cooper et le bord inférieur des muscles petit oblique et transverse. On suture l'aponévrose du grand oblique et les plans superficiels.

*
**

Nous allons maintenant examiner quelques observations typiques des différents cas d'appendicectomie par voie inguinale.

CHAPITRE III

OBSERVATIONS

OBSERVATION I.

(Service de clinique chirurgicale de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

A..., boulanger, 16 ans et demi, ressent brusquement une douleur dans la fosse iliaque droite, le samedi 28 novembre 1929, à 2 heures du matin, en se levant. Pas de vomissements, pas de nausées. La douleur l'empêche de marcher. Il se recouche. Il absorbe un peu de lait. La douleur persiste d'abord, puis diminue à tel point qu'il se lève à 16 heures. Il doit se recoucher aussitôt, recommençant à souffrir. Nuit du 28 au 29, bonne. Le 29, il souffre peu, mange légèrement et va au cinéma l'après-midi. En rentrant, douleur violente. Pas de vomissements, pas de selle. La douleur se calme, et la nuit du 29 au 30 est bonne.

Envoyé à l'Hôpital Saint-André, salle 18, le lendemain. Ce jour-là, une selle spontanée.

En résumé, crise douloureuse abdominale, ayant débuté il y a quatre jours, avec recrudescence il y a deux jours. Constipation. Pas de vomissements.

Examen le 1^{er} décembre : Enfant malingre, mais sans antécédents pathologiques personnels ou héréditaires.

Inspection de l'abdomen négative.

Palpation : une douleur nette dans la fosse iliaque, un peu au-dessous du point de Mac Burney.

Percussion : défaut de sonorité de la fosse iliaque droite.

Toucher rectal négatif.

Au niveau de la région inguinale droite, petite hernie de la grosseur d'une noisette, facilement réductible.

Examen des divers appareils négatif.

Opération le 10 décembre 1931 par M. le docteur J. Chavannaz : Anesthésie générale à l'éther. Incision de la hernie inguinale prolongée de 3 à 4 centimètres vers le haut. On découvre le sac. On incise les fibres inférieures du grand oblique. On incise le sac. Par la brèche, on découvre un appendice volumineux. On l'attire difficilement dans la plaie. Appendicectomie. Drainage. Fermeture et cure chirurgicale de la hernie.

Suites. — Phénomènes pulmonaires en foyer du côté gauche, avec température élevée le lendemain de l'opération. Révulsion. Sédation en quelques jours. Sort guéri en trois semaines. Suppuration bénigne avec une cicatrice solide, sans éventration.

OBSERVATION II.

Appendicite chronique et hernie inguinale droite; hydrocèle vaginale droite. — Appendicéctomie; cure radicale de la hernie et de l'hydrocèle.

X..., 55 ans, est porteur d'une hydrocèle droite, depuis environ dix ans; une hernie inguinale droite s'est manifestée il y a environ deux ans et n'a jamais été maintenue par un bandage. Le 19 septembre 1932, le patient a fait une crise légère d'appendicite, au cours de laquelle la température n'a pas dépassé 37°5. A part cela, il a toujours été bien portant. Il a servi aux armées pendant la grande guerre. L'appétit est bon, les selles sont régulières. Il n'y a pas d'antécédents d'affections respiratoires. Le père du patient est mort accidentellement. La mère a succombé aux suites d'une maladie inconnue. Le malade a perdu deux frères porteurs de hernie. Marié à une femme bien portante, celle-ci n'a jamais fait de grossesses. X... a un état général assez bon. C'est un homme à gros ventre.

A droite, existe une hernie inguinale réductible, du volume d'un œuf; du même côté on rencontre une hydrocèle vaginale grosse

comme une poire. Il n'y a ni douleur, ni empâtement de la fosse iliaque droite. La sonorité de cette région est normale. L'auscultation du cœur et du poumon ne montre aucun symptôme anormal. Les réflexes rotuliens sont absents. Par contre, les réactions pupillaires sont normales.

Le 24 octobre 1932, sous anesthésie générale à l'éther, opération par M. le Professeur Chavannaz. Incision classique de la cure radicale de la hernie inguinale en pleine face antérieure du canal. Isolement du sac, ouverture de celui-ci et réduction des anses grêles qu'il contient. Le collet du sac admet facilement le bout du doigt. Un écarteur de Farabeuf y est introduit, sur lequel on tire fortement en haut et en dehors. Le malade étant mis en Trendelenburg, on aperçoit la pointe de l'appendice. Tirant légèrement sur celle-ci à l'aide d'une pince, on extériorise entièrement l'organe. Celui-ci est dur, gros, d'aspect lardacé; après ligature à la base et ligature du méso, l'appendice est sectionné au thermocautère, et le moignon enfoui. La cure radicale de la hernie est alors pratiquée, en utilisant le procédé de suture personnel au Professeur Chavannaz; l'opération est complétée par le retournement de la vaginale droite. Les fils totaux sont enlevés au douzième jour. Le patient guérit par première intention. Il rentre chez lui dix-neuf jours après l'opération.

OBSERVATION III.

(L. LACROIX, *Revue de vulgarisation des sciences médicales*, janvier 1930.)

S..., ébéniste, 30 ans, souffrait depuis plusieurs années de crises iliaques droites. Il se souvenait avoir subi un épisode aigu très sérieux à l'âge de 8 ans. Adulte, il avait ressenti des gastralgies réflexes, une constipation habituelle, avec alternatives de diarrhée, un état général mauvais; amaigrissement, pâleur, yeux cernés, anorexie, complétaient le tableau clinique. Un premier praticien consulté diagnostiqua une appendicite. Un second diagnostiqua une pointe de hernie inguinale droite avec douleurs. Tous deux

avaient raison, car le malade avait les deux affections. Un examen radioscopique localisa les douleurs sur l'appendice bas situé.

L'opération fut faite à l'anesthésie générale au Gomether. Après l'incision classique de la hernie, l'aponévrose du grand oblique apparaît très faible, avec un anneau large. Le muscle petit oblique est cependant assez vigoureux. On le relève fortement. Le péritoine est ouvert assez haut, sans se soucier du sac sur le cordon. Du premier coup de pince en cœur, on ramène l'appendice. On l'attire doucement entre les lèvres de la plaie. On le ligature à sa base. Une aiguille faufile un catgut dans le méso pour le lier vigoureusement. L'écrasement de l'appendice, sa section au thermocautère, la solidarisation des deux fils, sont faits suivant nos habitudes. Tout est renvoyé dans le ventre, et l'on ne voit plus que la hernie, dans laquelle pénètre un peu d'épiploon malade. On l'en extrait, et l'index de la main gauche est coiffé par le sac. Celui-ci est vidé, disséqué, lié, coupé. De la sorte, on a fermé l'orifice péritonéal et le sac. Un Bassini est commencé par des points en U, solidarisant l'arcade crurale et le petit oblique sous le cordon; d'autres points semblables referment par-dessus les vecteurs génitaux l'aponévrose du grand oblique. Celle-ci paraissant trop éclairée, on enfouit cette première suture sous un surjet à points passés, que l'on va chercher à 1 centimètre de chaque côté. La peau est fermée aux agrafes, et des crins sur bourrelet compriment le tout.

Suites normales. Le malade ne souffre plus à son départ, dix jours après l'intervention. Il a engraisé depuis. Sa paroi est à toute épreuve.

OBSERVATION IV.

(Service de clinique de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

D..., 32 ans, cultivateur, entre à l'Hôpital Saint-André, le 27 novembre 1930, pour douleurs dans la fosse iliaque droite.

A eu une première crise douloureuse en avril 1929. Cette crise a duré huit jours. Ensuite, rémission complète des phénomènes douloureux jusqu'en mars 1930. A cette date, violentes douleurs

sans vomissements, avec constipation. Le malade reste quinze jours au lit avec glace sur l'abdomen. Depuis, il n'a pas recouvré son état de santé habituel, souffrant constamment de sa région iliaque droite, avec de très rares intervalles d'accalmie. Il a une constipation opiniâtre.

Examen le 28 novembre. Le malade se plaint d'une douleur vague dans sa fosse iliaque droite. La palpation y révèle la présence d'un point de Mac Burney douloureux, avec une défense très nette de la paroi. Pas de matité. La paroi abdominale est faible. Il existe une hernie inguinale droite.

Opération le 10 décembre 1930 par M. le Professeur Chavannaz. Anesthésie générale à l'éther. On pratique l'incision classique de hernie inguinale. Le sac herniaire est ouvert et disséqué. On cherche le cæcum par l'orifice herniaire. On le trouve très difficilement. Beaucoup plus difficilement encore on arrive à attirer le fond du cæcum dans la plaie opératoire. Avec le fond du cæcum arrive la base de l'appendice; quant à son sommet, il est adhérent dans la fosse iliaque. On le dégage d'adhérences, en particulier avec l'épiploon. Ces manœuvres sont laborieuses et donnent lieu à une hémorragie importante. Avec peine, on arrive à dégager l'appendice et à le ligaturer. On ne peut pratiquer l'enfouissement. On procède à une hémostase soigneuse et à une ligature difficile du méso. Ligature du sac. Cure chirurgicale de la hernie. Drainage.

Suites opératoires bonnes.

OBSERVATION V.

(Service de clinique de M. le Professeur CHAVANNAZ.)

Mme T..., 40 ans, entre à l'Hôpital Saint-André pour vagues douleurs de la fosse iliaque droite. Elle n'a jamais eu de crise nette. Depuis quelques mois, elle se plaint seulement de douleurs peu intenses siégeant dans la fosse iliaque droite et quelquefois dans toute la partie inférieure de l'abdomen. Ces douleurs sont exagérées par la fatigue, calmées par le repos. Elles s'irradient quelquefois vers la grande lèvre droite

Examen : Femme maigre, ptosique, avec une paroi abdominale faible. La palpation profonde du point de Mac Burney révèle une douleur légère. Le toucher vaginal est négatif quant aux annexes et à l'utérus. Existence d'une pointe de hernie inguinale droite.

Opération le 14 janvier 1932 par M. le Professeur Chavannaz. Anesthésie générale à l'éther. Incision classique de hernie inguinale. Dimension normale de l'incision. Découverte et incision du sac, par l'orifice duquel on va à la recherche du cæcum. On attire facilement ce dernier avec la totalité de son appendice et du méso-appendice.

Appendicectomie facile par la méthode classique avec enfouissement. L'ouverture permet une exploration des annexes. Réfection de la paroi.

Suites bonnes. Petit abcès pariétal sans conséquences.

OBSERVATION VI.

Appendicite. — Hernie inguinale double.

*Cure radicale des deux hernies inguinales et appendicectomie
par M. le Professeur Chavannaz.*

X..., 36 ans, nous est adressé par son médecin le 29 novembre 1930 pour hernie inguinale double. Il a fait également des accidents d'appendicite, qui, jusqu'alors, ont guéri par le traitement médical. C'est un homme de bonne constitution, qui a fait son service militaire. Il a un enfant bien portant, qui, depuis l'opération de son père, a subi lui-même l'appendicectomie. Les hernies inguinales sont facilement réductibles.

Le 1^{er} décembre 1930, dans une même séance, cure radicale des deux hernies inguinales à droite, à la faveur de l'incision classique menée sur la face antérieure du canal inguinal. Appendicectomie à travers le collet du sac. La réunion *per primam* est obtenue.

Le patient quitte la maison de santé le 23 décembre 1930. Depuis, son état s'est maintenu parfait.

CONCLUSIONS

De notre étude, il résulte que :

I. — Lors de la cure chirurgicale de la hernie inguinale droite ou de la hernie crurale droite par voie inguinale, il est indiqué de pratiquer l'ablation de l'appendice dans les conditions suivantes :

- 1° Lorsque le sujet a des antécédents appendiculaires incontestables;
- 2° Lorsque, au cours de la cure herniaire, on découvre un appendice suspect dans le champ opératoire.

II. — L'incision habituellement pratiquée pour la cure radicale de la hernie inguinale droite, et au besoin prolongée vers le haut, donne, sauf dans les cas d'ectopie, un jour suffisant pour permettre l'appendicectomie. Elle constitue pour nous l'incision la plus rationnelle et on ne doit recourir à une seconde incision que devant l'impossibilité de pratiquer l'appendicectomie alors que le sujet présente d'une façon indubitable une appendicite chronique coexistant avec une hernie.

VU, POUR LE DOYEN :

L'Assesseur,

J. GUYOT.

VU, BON A IMPRIMER :

Le Président,

G. CHAVANNAZ.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :

Bordeaux, le 13 novembre 1932.

Le Recteur de l'Académie,

A. TERRACHER.

INDEX BIBLIOGRAPHIQUE

- PEURET. — De l'appendicectomie au cours de la cure radicale de la hernie inguinale. Thèse Paris, 1917-1918, n° 123.
- TAYLOR (K. P. A.). — Routine removal of appendix in riglet inguinal hernionbraply. *Annals of surgery*, august 1929.
- TOREK. — Combined opération for removal of the appendix and cure of the inguinal hernia. *Annals of surgery*, 1906.
- HARRIGAU (A.-H.). — The combined operation for the radical cure of inguinal hernia and appendicitis. *Medical record*, 1909.
- COLEY. — *Annals of surgery*, 1907.
- GOSSET. — *Journal de chirurgie*, juill. 1910.
- DESMARET. — Appendicectomie et cure radicale de hernie crurale par la voie inguinale.
- LACROIX. — Appendicectomie par voie inguinale. *Revue de vulgarisation des séances médicales*, janv. 1930.
- BRAU-TAPIÉ. — Hernie inguinale. Appendicite herniaire avec abcès. Cure radicale. Appendicectomie. Guérison. *Bordeaux chirurgical*, juill. 1931.
- CARLOS I. ALLENDE. — La apendicectomia en la cura radical de la hernia inguinal derecha. *La prensa medical argentina*, febrero 1930.
- LECHEVALLIER. — L'appendicectomie par voie lombaire.
- DEAVER (J.-B.). — Riglet inguinal hernia, potential lift inguinal hernia; bilateral herniorrhaply. Incidental appendicectomy. Postoperative intestinal obstruction. *S. Chir. north America*, déc. 1931.
- MANQUE. — De la coexistence de l'appendicite et de la hernie inguinale droite. Thèse Bordeaux, 1903-1906.

REGNAULT. — *Journ. de méd. de Bordeaux*, juin 1929.

SOUTHAM (A.-H.). — Incision for appendicectomy. *Brit. med. Journ.*, 1931.

BEUTTNER. — Du contrôle de l'appendice et de l'indication de l'appendicectomie au cours de 1.400 laparotomies gynécologiques. *Presse médicale*, 1924.

VULIET. — Chirugiens et appendice vermiforme. *Semaine médicale*, 1906.

